INFANT HEALTH AND DIET QUESTIONS
 (Birth through 1 year of age)
PREGUNTAS SOBRE SALUD Y DIETA PARA BEBES
 (Del nacimiento a 1 año de edad)
 Michigan Department of Health and Human Services

Fecha de hoy _____

Nombre de su bebé _____	Fecha de nacimiento de su bebé: Mes/Día/Año _____	Es su bebé un: ☐ Niño ☐ Niña

La siguiente pregunta es opcional. Su respuesta será usada con propósitos de informe. Si no responde, el personal hará una selección por usted. Esto no afectará su recepción de los beneficios del WIC.

¿Es su bebé hispano o latino? ☐ Sí ☐ No	¿Es su bebé árabe? ☐ Sí ☐ No	Marque todas las razas que se apliquen a su bebé: ☐ Indígena Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco
¿Cuál fue el peso de su bebé al nacer? _____ libras _____ onzas	¿Cuál fue la longitud de su bebé al nacer? _____ pulgadas	
¿Cuándo nació su bebé? Mes/Día/Año _____	¿En qué fecha de lo esperaba? Mes/Día/Año _____	

Nota para el Personal: Calcule las semanas de gestación con la respuesta del cliente la valide con EDD/ADD (Fecha de Nacimiento Estimada /Fecha de Nacimiento Agregada) si están disponibles

Información Médica

1. Problemas médicos/ enfermedades recientes: El personal del WIC le dará un listado de problemas médicos para su revisión.	
2. ¿Toma su hijo alguna medicación ? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿de qué tipo? _____ ¿Algún efectos secundarios? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cual? _____	
3. Fue este un: ☐ Nacimiento simple ☐ Nacimiento triple ☐ Nacimiento de gemelos ☐ Más de 3	
4. Altura de la madre: _____ pies _____ pulgadas	5. Peso de la madre: _____ libras Esto debe ser respondido por la madre biológica únicamente. ¿Cuáles son su peso y altura actuales? (O si está embarazada ahora o tuvo un bebé en los últimos 6 meses, ¿cuál era su peso antes de ese embarazo?)
6. Altura del padre: _____ pies _____ pulgadas (Esto debe ser respondido por el padre biológico únicamente)	7. Peso del padre: _____ libras
8. ¿Alguien con quien convive fuma dentro de la casa? (CDC) ☐ Sí ☐ No	
9. ¿Aproximadamente durante cuántas horas se sentó su hijo a ver televisión o videos ayer? (CDC) ☐ > 0 y < 1 hora ☐ 4 horas ☐ 1 hora ☐ 5 o más horas ☐ 2 horas ☐ Ninguna ☐ 3 horas ☐ Desconocido	

Tabla de Estadísticas de Amamantamiento (CDC)

¿Alguna vez se amamantó o alimentó con leche de pecho a este niño?

- Sí
- No
- Desconocido

¿Se amamanta actualmente a este niño?

- Sí
- No

¿Qué edad tenía este niño cuando se lo **comió por primera vez** otra cosa que no fuera leche de pecho?

Exclusivamente amamantado (**Marque aquí si el niño nunca consumió otra cosa más que leche de pecho**)

Edad: _____ Mes _____ Semanas _____ Días Desconocido

Tipo de Comida:

☐ Cereal	☐ Verduras
☐ Leche	☐ Agua
☐ Fórmula	☐ Sin Información Provista
☐ Jugo de Fruta	

(Responda la siguiente pregunta si su hijo ya no consume leche de pecho)

¿Qué edad tenía este niño cuando dejó completamente de ser amamantado o de consumir leche de pecho?

Edad: _____ Mes _____ Semanas _____ Días Desconocido

Razón por la cual finalizó el amamantamiento:

☐ El Bebé se Distraía	☐ Medicación
☐ Dolor de Pechos/ Pezones	☐ Preferencia de la Madre
☐ Recomendación del Médico	☐ Retorno a la Escuela
☐ Enfermedad/ Problema del Bebé/ Niño	☐ Retorno al Trabajo
☐ Falta de Apoyo	☐ Dentición
☐ Problemas de Adherencia/ Rechazó el Pecho	☐ Otro _____
☐ Bajo Suministro de Leche	☐ Sin Información Provista
☐ Enfermedad Materna/ Cirugía	

Historia de Nutrición

1. Si fue amamantado, ¿qué edad tenía este niño cuando empezó a ser alimentado **rutinariamente** con alimentos que no fueran leche de pecho?

Edad: _____ Mes _____ Semanas _____ Días Se desconoce

Elección de Tipos de Comidas:

☐ Cereal	☐ Fruta
☐ Leche Vacuna	☐ Jugo
☐ Fórmula	☐ Verdura
☐ Carne	☐ Agua

2. Indicó el proveedor de cuidado/ médico de su bebé que este último tiene o tuvo:

☐ Ictericia	☐ Bueno aumento de peso
☐ Una succión débil	☐ Movimiento intestinal inadecuado para la edad
☐ Poco aumento de peso	☐ Ninguna se aplica

3. Si es amamantado, ¿quién finaliza la sesión de lactancia?

- La Madre
- El Niño

4. ¿Toma a veces su hijo leche de pecho extraída en una botella, taza u otro recipiente?

- Sí
- No

5. ¿Usa leche de pecho extraída?
 Sí   No
Ante cualquier duda sobre el almacenamiento de leche extraída, _____

---

6. ¿Toma su bebé fórmula AHORA?
 Sí   No
Si es así, Nombre de la Fórmula: _____

---

7. Si lo alimenta con fórmula, ¿cuánto toma habitualmente su bebé cada vez?
_____ Onzas

---

8. Si le dá formula, ¿se guarda:
a temperatura ambiente durante más de 1 hora?   Sí   No
en el refrigerador más de 48 horas? (24 horas si es en polvo)   Sí   No

---

9. ¿Tiene usted acceso a:
agua segura para preparar fórmula?   Sí   No
un refrigerador para guardar fórmula o leche de pecho?   Sí   No

---

10. ¿Qué electrodomésticos usa para preparar fórmula?
 Horno/ cocina
 Plato caliente
 Horno microondas
 Otro _____

---

11. ¿Se le dió a su bebé una botella de fórmula o leche de pecho extraída que haya sobrado de una comida anterior?
 Sí   No

---

12. ¿Su bebé? (Marque todo lo que corresponda):

☐ Trae una botella en la cama, en la siesta o mientras está recostado	☐ Toma un suplemente de vitaminas o minerales o un suplemento de Vitamina D diariamente ¿De qué tipo? _____
☐ Bebe de una botella apoyada	☐ Usa un suplemento de té o hierbas como remedio ¿De qué tipo? _____
☐ Come de una cuchara	☐ Tiene problemas orales/ dentales
☐ Come cereal o comida de bebé de una botella/ sistema de alimentación infantil	☐ Sigue una dieta vegetariana
☐ Recibe agua azucarada	☐ Sigue una dieta especial ¿Si es así, ¿de qué tipo? _____
☐ Recibe jugo en una botella	☐ Toma un suplemento de fluoruro
☐ Recibe gaseos en una botella	☐ Ninguna se aplica
☐ Usa una botella durante el día como chupete	
☐ Da sorbos de una taza de práctica durante el día	
☐ Come comidas con la mano	

---

13. ¿Come o toma su bebé algo además de leche de pecho, fórmula y agua?   Sí   No
Si es así, marque lo que el bebé come o bebe:

☐ Leche entera/ descremada	☐ Alimentos comunes
☐ Yogur	☐ Comidas combinadas
☐ Leche sustituta	☐ Perros calientes
☐ Leche de cabra/ oveja	☐ Café/ té
☐ Verduras	☐ Dulces/ galletas
☐ Carnes	☐ Helado
☐ Fruta	☐ Papas fritas/ donas
☐ Cereal	☐ Papas fritas
☐ Galletas para la dentición	☐ Other _____

14. ¿Tiene su bebé alguna alergia a la comida? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿cuál? _____
15. ¿Usa usted azúcar, miel o jarabe con el chupete? ☐ Sí ☐ No
16. ¿Come o toma su bebé alguno de los siguientes alimentos? (Marque todo lo que corresponda): ☐ jugo o leche crudos (no pasteurizados) ☐ Carne, pescado, ave o huevos crudos o poco cocidos (semicrudos) ☐ Queso suave (feta, Camembert, Brie, queso blanco, queso fresco, Panela) ☐ Brotes crudos ☐ Miel ☐ Tofu crudo o poco cocido ☐ Perros calientes, embutidos, y otros fiambres no recalentados a temperaturas altas ☐ Ninguna se aplica
17. ¿Consumió la madre de este bebé alcohol o drogas durante su embarazo? ☐ Sí ☐ No
18. ¿Posee la madre de este bebé una incapacidad mental? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Estuvo su bebé bajo cuidado temporal durante los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No
20. ¿Posee un miembro de la familia una incapacidad que dificultaría planificar o preparar comida para su bebé? ☐ Sí ☐ No

Notas del Personal

Firma del CPA	Fecha

De acuerdo con los derechos de la ley federal y civil y las regulaciones y políticas del derecho civil del U.S. Department of Agriculture (USDA), el USDA, sus Agencias, oficinas, y empleados, e instituciones que participan o administran los programas del USDA prohíben la discriminación en base a raza, color, nacionalidad, sexo, incapacidad, edad, o represalias por actividades de derechos civiles previas en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA. Las personas con incapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para información de programas (por ej.: Braille, impresión grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) , deberán comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitarlos los beneficios. Aquellos individuos que sean sordos, con problemas de audición o con incapacidades en el habla se podrán comunicar con el USDA a través del Federal Relay Service al (800) 877-8339. De forma adicional, la información de los programas podrá estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Para presentar una queja por discriminación, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) a través de Internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y brinde en la misma toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, comuníquese al (866) 632-9992. Entregue el formulario o carta completos al USDA por: correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o email: program.intake@usda.gov. Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

Autoridad: Ley 368 PA 1978	El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discriminará a ningún individuo o grupo debido a su raza, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, expresión o identidad sexual, creencias políticas o incapacidad.